

*Atti del Convegno*

*“La formazione in psicoterapia – L’attrazione di un modello integrato”*

*Roma 11-12 novembre 1993*

**Umberta Telfener**

Ricerca Psicoanalitica, 1994, Anno V, n. 1-2, pp. 81-94.

## **Il modello sistemico e il problema dell'integrazione**

### **SOMMARIO**

L'A. traccia, nella prima parte, una storia del movimento sistemico: dall'approccio terapeutico familiare, degli inizi, ai giorni nostri, dove l'attenzione è più concentrata sul momento relazionale terapeutico anziché sull'osservazione, dall'esterno, di relazioni tra individui.

Nella seconda parte l'A. argomenta sul problema della necessità di un confronto tra modelli terapeutici diversi: in questa prospettiva si colloca una ricerca condotta all'Università di Roma, La Sapienza e di cui illustra le linee portanti.

### **SUMMARY**

#### **The systemic model and the integration problem**

In the first part, the author goes along a history of the systemic movement: he starts with the familiar therapeutic perspective of the beginnings and he concludes with nowadays' perspective, where the relating part of the therapy, rather than the external observation of relations between individuals, becomes the main object of attention.

In the second part, the author discusses about the problem of the necessity of a comparison between different therapeutic models: within this perspective, a research, developed by the University of Rome “La Sapienza”, is underlined. The author shows the leading themes of this research.

-----

Ho intenzione in questo scritto di accennare brevemente alla storia del movimento sistemico per poi analizzare il problema dell'integrazione tra modelli o almeno del colloquio tra paradigmi diversi. Accennerò subito che con Lai (1989), non di integrazione preferisco parlare, in quanto il costrutto vince la tendenza a cercare la completezza, quanto di intersezione tra modelli, la tendenza cioè ad accogliere gli elementi comuni, non pretendendo uniformità.

Un excursus che spieghi il momento e il contesto storico in cui è nata l'ottica relazionale farà subito capire come si sia trattato di una tecnica che poi è diventata un paradigma terapeutico per poi ridiventare prevalentemente un'ottica per leggere gli interventi, liberandosi dalle strettezze della psicoterapia come processo unico o quantomeno privilegiato.

### **La storia**

Il movimento familiare inizia nei primi anni cinquanta in America, dove, malgrado il movimento psicoanalitico abbia raggiunto uno status solido, il modello behaviorista si impone come paradigma di riferimento per le scienze morbide, in quanto ripropone i capisaldi dell'ottica meccanicistica. Il clima

culturale è quello post bellico (II guerra mondiale, Corea) che pone grossa enfasi sugli aspetti sociali, su valori tradizionali quali la patria e la famiglia e sull'ambiente come contesto di riferimento imprescindibile. Ci sono i soldati e i reduci da curare rapidamente e per questo vengono investiti soldi per la ricerca di modalità alternative di cura.

I movimenti della Child Guidance Clinics inoltre allargano l'attenzione alle famiglie in generale; i rapporti tra le persone vengono privilegiati rispetto all'attenzione all'intrapsichico. Tre sono le caratteristiche di questo periodo: l'interdisciplinarietà, l'attenzione privilegiata alle famiglie e la sperimentazione, la ricerca di nuovi modelli.

Molti operatori si riuniscono insieme insoddisfatti degli usuali modi di lavorare e sperimentano con diverse modalità. Un gruppo di pionieri (psicologi, medici, sperimentatori, anche esperti nel senso dell'umorismo e nell'addestramento dei cani da ciechi) si riuniscono attorno a Bateson e tentano di trovare punti di contatto tra scienze parallele. In particolare sperimentano con l'applicazione dei tipi logici alla comunicazione, come modello privilegiato per leggere la patologia. D'altronde le Macy Conferences hanno fatto scuola, proponendo il lavoro transdisciplinare come strumento d'elezione per il procedere del sapere.

Le sedute con la famiglia sono inizialmente state impiegate per aiutare i pazienti psicotici e le famiglie vengono utilizzate come risorse; solo in una seconda fase possiamo parlare di terapia familiare, quando l'intero nucleo viene convocato per considerare il gioco a tre che coinvolge i membri della famiglia. La famiglia infatti viene considerata il contesto di apprendimento privilegiato e l'essere integrato in famiglia il modo per acquisire le regole particolari e generiche che permettono la sopravvivenza. Potremmo riferirci ad un primo "periodo tecnico" di ricerca, in cui il lavoro non è organizzato da una visione unitaria, ma da tentativi ed errori volti ad allontanarsi dalla prassi medico-psichiatrica dei tempi, alla ricerca di nuove vie per comprendere i fenomeni e per curarli.

Per quanto riguarda la sperimentazione con modelli alternativi a quelli affermati, Bateson ricalca lo spirito scientifico del tempo e propone di rifarsi alla teoria generale dei sistemi (Von Bertalanffy) quale paradigma di riferimento nel considerare i problemi. In tale ottica spinge a considerare l'individuo non racchiuso all'interno della sua pelle, ma in costante interazione con gli altri e con il contesto.

Le caratteristiche per descrivere l'essere umano non sono da lui considerate come qualità intrapsichiche quanto come comportamenti emergenti dalla relazione in cui l'individuo è coinvolto. Tutto viene considerato

sistema, cioè un assemblaggio di parti in interazione tra loro; l'osservazione delle interazioni tra pattern diviene l'unità osservativa preferita e i significati cambiano connotazione a seconda del contesto e delle lenti di osservazione prescelte. Elemento fondamentale diventa l'informazione, concetto che sostituisce quello energetico come motore del funzionamento umano. La comunicazione, strumento per il passaggio di informazioni, è intesa come tutte le operazioni attraverso le quali le persone si influenzano vicendevolmente.

Lo sperimentare con le famiglie, una tecnica psichiatrica, diventa col tempo terapia familiare, un modello per intervenire sui sintomi alternativo a quello corrente. Siamo intorno al 1959 e vari centri, incontri, conferenze e libri si occupano delle relazioni interpersonali, argomento "rivoluzionario" che si distacca in maniera netta dal modello psicoanalitico dominante. Buona parte dei primi terapisti familiari hanno comunque un'origine psicoanalitica, anche se possiamo evidenziare due gruppi ben distinti assolutamente impermeabili gli uni agli altri. I familiaristi ad orientamento psicoanalitico e quelli sistemici. Malgrado le origini comuni, le premesse che guidano i due gruppi sono addirittura contraddittorie, i riferimenti che li organizzano incommensurabili. Da una parte abbiamo un modello energetico per spiegare il funzionamento della mente e una teoria della tecnica basata sull'insight e sulla presa di coscienza dei propri processi di pensiero, dall'altra non abbiamo una teoria della mente né della motivazione e il

comportamento umano viene letto in termini di comunicazione, come la risultante delle interazioni all'interno di un nucleo che comprende più generazioni.

### **I puristi dei sistemi.**

Sebbene all'inizio degli anni sessanta si tenti di svincolare la teoria della tecnica sistemica dalle maglie della scienza cosiddetta classica, la proposta iniziale ricalca una modalità di lavoro strettamente collegata al modello positivista. Riscontriamo una terapia basata sul qui e ora, attenta ai processi di comunicazione che mette al bando ogni attenzione alle fantasie soggettive, alla memoria e alla storia, alle pulsioni interne e alle emozioni (troppo soggettive e non rispondenti alle richieste di obiettività della scienza), per focalizzare l'attenzione su ciò che è sotto il diretto controllo del terapeuta nella stanza di terapia. Questi presupposti vengono insegnati in scuole di terapia impermeabili, organizzate attorno a capi carismatici che propongono un approccio che privilegia le relazioni interpersonali, l'analisi della comunicazione come metodo e come epistemologia il paradigma sistemico.

Il modello psicoanalitico e quello sistemico sono negli anni '60/70 distanti sia per quanto riguarda l'epistemologia che la teoria della tecnica: il numero di persone convocate, l'attenzione al setting, la frequenza, la durata, la teorizzazione della posizione terapeutica, la considerazione in cui viene tenuto il sintomo, il focus sulla relazione terapeutica, le finalità della cura e il processo stesso sono molto diversi, quasi incommensurabili. Li accomuna solamente il vanto di aver rotto con le metafore mediche e di imporre un set teorico alternativo per leggere ed intervenire sui problemi, l'obiettivo di scrivere un'altra storia della clinica.

I sistemici, allontanandosi dalla psicologia individuale, considerano ogni sintomo come l'epifenomeno di una situazione relazionale che coinvolge i membri di una famiglia. La persona più sensibile, più debole o quella periferica rispetto ai miti e alle regole comuni, si farà carico di esprimere il disagio di tutti attraverso i sintomi, considerati una comunicazione metaforica. Concetto molto usato è quello di ciclo vitale della famiglia, di stampo sociologico, che suggerisce come gli individui all'interno della famiglia negozino nel tempo i ruoli, i bisogni e i comportamenti, al fine di raggiungere un adattamento reciproco. I sistemici comunque non si occupano dei bisogni e tantomeno delle fantasie o motivazioni, ma unicamente del comportamento che deriva da essi, negano l'idea di una struttura inconscia e ignorano i processi dell'io. Il concetto di scatola nera, utilizzato e consigliato, ben esemplifica questo diniego: tutti i processi cognitivi ed emotivi individuali vengono infatti relegati in una scatola che li contiene e isola data la loro complessità, per analizzare unicamente i dati in entrata e in uscita. Il modello sistemico dei primi anni sessanta è un modello normativo che vede nella famiglia il cardine della società e tenta di mantenere il funzionamento familiare a livelli ottimali.

Da parte loro gli psicoanalisti della famiglia si occupano privilegiatamente della famiglia interna di ciascun individuo ed estrapolano concetti dell'analisi individuale, trasferendoli per spiegare il funzionamento della famiglia (meccanismi di difesa familiare, neuropsicosi familiare da transfert, collusione ...).

In questi anni, d'altra parte, i modelli della scienza sono tra loro separati e scarso è il dialogo tra appartenenti a discipline diverse. Potremo definire questi gli anni di isolamento presuntuoso: ciascuno è arroccato sulle proprie posizioni e le diverse scuole si identificano strenuamente con un capo carismatico, senza ricercare all'esterno altro che opposizioni, per ancora più arroccarsi. Sono questi gli anni ('60/80) in cui più frequentemente si rintracciano modelli della cura autoreferenziali: il terapeuta sistemico (ma come lui/lei gli psicoanalisti, i cognitivisti e tutti gli altri) legge qualunque problema con la sola griglia sistemica e con questa teoria organizza le proprie ipotesi, le griglie esplicative e le proposte di intervento.

### **Dalla terapia familiare all'ottica sistemica.**

La metà degli anni '80 vede l'entrata degli operatori nei servizi e questo evento, assieme ad altri, porta un radicale cambiamento nella teorizzazione clinica e nella pratica operativa: l'esigenza di trovare un dialogo per lavorare insieme, la curiosità per il lavoro degli altri operatori fa uscire dall'arroccamento presuntuoso (Telfener, 1991) e spinge ad un confronto. Assistiamo in questi anni alla caduta della separazione e a diversi tentativi di scambio. Assistiamo all'uccisione dei capi carismatici (noi non abbiamo avuto Freud, troppo potente per essere ucciso!) e alla creazione di gruppi tra pari che sperimentano con nuove metodologie coerenti con una cornice sistemica.

Forse anche le modalità proprie dei sistemici e l'impiego che ne viene fatto nei servizi spinge in questa direzione: l'uso dello specchio unidirezionale, la necessità di avere qualcuno dietro lo specchio (non necessariamente di uguale indirizzo) in modo da ottenere un parere diverso, la prassi usuale di discutere i casi mostrando videoregistrazioni o attraverso simulate, spingono a dissacralizzare la terapia in favore di una maggiore collaborazione.

Come risultato di questa apertura molti operatori si sottopongono a più di un training di formazione, ancor più contribuendo al dialogo tra paradigmi; risultato ancor più importante è la necessità da parte delle scuole di rivedere il modello della cura per adattarlo maggiormente alla prassi istituzionale. La psicoterapia in questa revisione perde potere a favore di tutti gli interventi che si propongono nei servizi, considerati ugualmente degni di attenzione e di status terapeutico.

La lettura degli accadimenti e la comune progettazione degli interventi (non solo uno, non solo il ricorso alla psicoterapia!) diventano le operazioni privilegiate nella prassi istituzionale e anche gli psicologi, che dietro alla tecnica psicoterapeutica si erano arroccati per ritagliarsi uno spazio professionale, si vedono costretti - ma anche stimolati - a ricercare modelli di intervento alternativi a quelli appresi tra le mura della scuola di appartenenza. Dalla fedeltà alle appartenenze si passa al dialogo e alla messa in comune. La terapia familiare lascia il posto ad una chiave di lettura relazionale-sistemica per interpretare gli eventi e progettare gli interventi.

Se con le prime sperimentazioni familiari ci si allontana dalla psicologia di base, inventando un nuovo oggetto di studio - i sistemi e i loro giochi - in questo periodo l'allontanamento più significativo dagli altri modelli terapeutici è quello epistemologico: l'affiliazione molto precoce con il costruttivismo crea un'ulteriore frattura tra il modello sistemico e gli altri paradigmi terapeutici e questo finché anche le altre scuole principali non inizieranno a fare i conti con questa epistemologia. (Per i cognitivisti, tra i primi Guidano 1987, Mahoney 1988; per gli psicoanalisti Casonato 1992, Fossi 1988, 1988 b).

### **L'influenza del costruttivismo**

Attorno agli anni '80 sembra gioco forza abbandonare un riduzionismo familiare per prestare attenzione ai diversi componenti nell'insorgenza dei problemi: aspetti sociali, culturali, familiari, biologici.

Ci si continua ad occupare di famiglie ma si abbandona quell'ineluttabilità familiare che rischiava di diventare accusatoria e non si reputa più la famiglia la principale responsabile della sintomatologia. L'attenzione del clinico si sposta al sistema che si viene determinando attorno al sintomo, sistema che può includere colleghi del mondo del lavoro o di studio, dell'ambiente sociale allargato, della famiglia o anche uno psichiatra che propone una diagnosi e mantiene il suo punto di vista nel tempo. I sistemici non ricorrono al costrutto di conflitto per spiegare i sintomi, né ad alcuna teoria energetica che coinvolga una o più persone. I sintomi, che vengono considerati come messaggi e comunicazioni di emozioni e regole non esplicite, possono nascere anche per caso; vengono comunque mantenuti dalle interazioni familiari e sociali e sono il frutto dell'imbricazione tra caratteristiche biologiche, sociali e relazionali. Perché i sintomi scompaiano è necessario flessibilizzare il sistema rispetto alle premesse o alle regole, considerate rigide, che mantengono lo status quo. Scopo della terapia è quello di innescare di nuovo l'evoluzione del sistema,

non più necessariamente la famiglia. Tale sistema definito dal problema e dall'operatore (è una scelta soggettiva convocare una famiglia nucleare, trigenerazionale oppure una coppia) si considera costantemente ingaggiato in un processo di complessificazione e di cambiamento, attraverso momenti evolutivi e plateaux omeostatici. Il riferimento alla complessità spinge a considerare il rapporto tra le qualità emergenti della totalità e le proprietà delle parti. Un modello ingegneristico proprio della prima cibernetica lascia il posto ad un modello finalmente coerentemente sistemico, che introduce l'osservatore nel processo di osservazione e rideclina molti dei presupposti teorici. Anche i sistemici iniziano a prestare attenzione alle idee, all'aspetto semantico, all'individuo, alle emozioni e ai bisogni.

Non si teorizza più un operatore che osserva e interviene su sistemi indipendenti da lui/lei, quanto piuttosto si ritiene ogni operatore strettamente interconnesso al processo in atto in quanto attore in prima persona., responsabile delle scelte di campo.

Anche per i sistemici diventa imprescindibile focalizzare l'attenzione sulla relazione terapeutica anziché sull'osservazione dall'esterno di relazioni tra individui (dai sistemi osservati ai sistemi osservanti). D'altra parte tutti i modelli terapeutici subiscono in questi anni una profonda revisione: gli psicoanalisti si interessano agli aspetti relazionali dello sviluppo individuale e la famiglia è considerata come l'ambiente primario che circonda e influenza il bambino; i cognitivisti abbandonano un modello lineare della psicopatologia e della cura a favore di un modello sistemico che si rifà alle leggi della complessità.

La psicoanalisi, non più vincolata dal modello energetico, dibatte sulla necessità di abbandonare o meno la sua metapsicologia; la teoria dei sistemi, non più modello pragmatico elementare, prende a prestito dai modelli della psicologia un individuo che considera attivo, in interazione costante con l'ambiente, in un costante processo di complessificazione attraverso plateaux omeostatici e salti di crescita. Favorisce quindi questo movimento di apertura e di dialogo l'abbandono più esplicito della teoria meccanicistica e i riferimenti alla complessità, comuni alla comunità scientifica collettiva.

Il costruttivismo da una parte diventa la teoria di riferimento della "nuova" prassi sistemica, dall'altra è il linguaggio che permette un dialogo tra modelli in quanto trasversale e operatorio. Definirei questo periodo nella storia del movimento sistemico come "epistemologico" in quanto si richiede agli operatori una coerenza epistemologica puntuale, una dettagliata attenzione al rapporto tra teoria di riferimento e teoria della cura, mentre il piano tecnico è assolutamente lasciato alla flessibilità e alla fantasia dei singoli operatori. Le tecniche si prendono a prestito da altri modelli o da altri momenti dello sviluppo del modello, mentre l'attenzione alla coerenza epistemologico-operativa è puntuale. I congressi, i seminari di studio di questi anni (1985/92) rispecchiano questa attenzione epistemologica, che di nuovo rischia di creare un iato con gli operatori che non parlano il linguaggio del costruttivismo.

Ancora di più l'ottica sistemica perde la sua identificazione con la terapia familiare e si considera un'ottica applicabile a campi più vasti. Così non si può rintracciare nessuna distinzione a priori tra intervento rivolto al singolo e intervento sulla famiglia.

Si entra in un periodo di riflessione sul proprio operato e sulle proprie scelte, si propongono di conseguenza percorsi variegati e diventa indispensabile riflettere sull'epidemiologia terapeutica: quali casi curare in quali modi, attraverso quali percorsi e tappe. Non ci si domanda ancora quali tipi di cambiamento siano dovuti a quali tipi di tecniche, applicate a quali tipi di pazienti da quali tipi di terapeuti sotto quali circostanze. Questo tipo di riflessione renderebbe infatti inevitabile il confronto tra modelli. Negli ultimi due anni mi sembra di riscontrare un rinnovato desiderio di confronto con gli altri modelli, confronto che può avvenire sui temi comuni che organizzano la prassi clinica. Un nuovo bisogno di riferirsi alla clinica sostituisce un periodo molto teorico ed astratto; la necessità di confrontarsi sui casi diviene una esigenza molto sentita nei diversi ambiti. Sono di questi anni i confronti all'interno dei Servizi: le più figure e i vari modelli di riferimento mettono in atto la complessità con cui gli utenti si presentano e obbligano ad un salto di livello nella cura; dalla psicoterapia come rimedio privilegiato, al Servizio stesso che diviene il

contenitore di molteplici proposte di intervento. Sono di questi ultimi anni gli incontri tra scuole e, all'interno della stessa, tra prassi diverse tra loro. Si perde la pretesa dell'ortodossia e dell'uguaglianza. Si può parlare di più psicoanalisi ma anche di molte prassi relazionali. La stessa legge sul riconoscimento delle scuole spinge a questo dialogo, consigliando che gli allievi dei diversi paradigmi siano esposti a nozioni teorico-cliniche degli altri indirizzi. Questa richiesta permette all'organizzazione delle singole scuole di proporre una formazione per integrazione oppure una per sommatoria, con i danni e le difficoltà di ambedue le proposte.

Sempre minore è la fiducia nel rapporto biunivoco tra teoria e prassi. Sembra quasi che le teorie servano agli operatori per selezionare quello che fanno e per orientarsi rispetto alla clinica senza che ci sia una correlazione tra ciò che si crede e si teorizza di fare, ciò che si fa realmente, tra ciò che si crede abbia prodotto un'evoluzione e ciò che è efficace.

### **Il confronto tra modelli**

Questi frequenti dialoghi tra operatori, le leggi ministeriali e il periodo storico, abbiamo detto, spingono verso un confronto tra modelli, impresa ardua e molto difficile, anche se - ritengo - l'unico strumento per la crescita della conoscenza. Anche i clinici sistemici sono spinti ad una mediazione teorica al fine di ricercare un linguaggio più simile a quello degli altri modelli meno radicali; sono spinti ad inventare metafore comuni, al fine di non isolarsi dalla comunità scientifica, rischiando di diventare artigiani della cura. Abbiamo già detto che il costruttivismo ha spezzato l'illusione di un modello unico sopraordinato a favore del riconoscimento della parzialità di ogni modello locale e della pluralità dei punti di vista.

Su questo tema disquisisce Gargani (1990) che sostiene la necessità di dialogo tra teorie e modelli, non inteso come scoperta di tratti comuni bensì come un'operazione costruttiva che stabilisca tratti comuni che non esistevano prima di essere stati proposti. La costruzione ad hoc di un modello locale e temporaneo che sia sistemico, semanticamente coerente, aperto alle novità e chiuso rispetto alla sua identità.

Questo è in sintonia con la teorizzazione costruttivista di Von Glasersfeld che parla della viabilità dei modelli intesa come la coerenza anziché la corrispondenza con la realtà. Non un modello che pretenda di ricalcare l'esterno, quanto un modello parziale, locale e temporaneamente definito che presenti di nuovo (rappresenti) una lettura possibile ed un livello di astrazione maggiore rispetto ai modelli di origine.

I livelli a cui è possibile un confronto sono molti, come molti sono gli strumenti perché questo avvenga. Ma non è dato per scontato che un confronto sia possibile. Nella pratica spesso ci si propone un confronto sui problemi, come se il piano clinico offrisse una maggiore garanzia di dialogo oltre che la possibilità di recuperare un'operatività più concreta rispetto alla confusione e all'astrattezza epistemologica. D'altra parte abbiamo detto che problemi di traduzione e dialogo sussistono anche tra clinici all'interno dello stesso modello.

Una modalità sistemica per uscire dall'impasse è quella di ipotizzare delle operazioni comuni ai sistemici che forse sono comuni a clinici di altre scuole (la temporalizzazione e contestualizzazione, il processo di ipotizzazione, la progettualità, la responsabilizzazione, non sono che alcune delle operazioni comuni possibili). L'introduzione di informazioni alternative e l'offerta di feedback sono per esempio due aspetti sui

quali iniziare facilmente un confronto tra modelli. Già Alexander e French nel 1946 avevano proposto l'esperienza emozionale correttiva come un processo cardine volto al cambiamento; psicoanalisti, cognitivisti, behavioristi e la maggioranza degli altri clinici si possono trovare d'accordo sulla necessità di costruire/proporre storie e narrazioni alternative.

Per considerare i punti in comune tra le differenti scuole, può essere inoltre utile considerare il processo terapeutico a diversi livelli di astrazione, rispetto a ciò che è direttamente osservabile. Al livello più basso troviamo le tecniche terapeutiche, le procedure cliniche, a quello più alto le teorie di riferimento, i presupposti ordinatori.

Con gli allievi del terzo anno della Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica dell'Università di Roma, La Sapienza, abbiamo appunto identificato i livelli di confronto e i temi sui quali il confronto dovrebbe avvenire:

#### EPISTEMOLOGIA

- (costruttivismo vs. realismo)

#### MODELLO DELL'UOMO

- modelli della mente
- modelli dello sviluppo
- rapporto contesto/uomo, società/individuo
- teorie della personalità

#### TEORIA DEL MODELLO CLINICO

- storia del modello
- teoria del cambiamento
- teoria della relazione
- set
- teoria della genesi e sviluppo della psicopatologia
- descrizione delle priorità
- uso del tempo

#### TEORIA DELLA TECNICA

- setting, durata, frequenza
- lettura del contesto
- regole
- processualità: riti inizio/fine, fasi
- progettualità: rapporto tra strategie e tecniche

#### STRUMENTI E TECNICA

- (cosa si crede di fare)

#### MODELLO DI VERIFICA

- verificazionista/falsificazionista
- parametri interni/esterni

La possibilità di trovare dati significativi è data dalla coerenza tra i diversi livelli e lo scopo è quello di identificare strategie cliniche che possano ritenersi significative per produrre evoluzione. Se prendiamo il modello psicoanalitico e quello sistemico vedremo delle sostanziali differenze per quanto riguarda l'obiettivo terapeutico, l'analisi della situazione presentata, l'utilizzo del tempo, la lettura del sintomo, l'operatività del terapeuta e così via. È differente l'oggetto di indagine, l'attenzione prestata al rapporto tra emozioni e cognizioni, il modello di riferimento epistemologico (1), e così via. È differente l'attenzione al biologico (psicoanalisti) rispetto al sociale (sistemici) e di nuovo la teorizzazione sistemica non richiede il ricorso ad una teoria motivazionale: i sistemi e la loro naturale spinta a complessificarsi sono spiegazioni forse ingenui, ma considerate sufficienti.

D'altra parte le più radicali metafore sistemiche per parlare di terapia, quella letteraria non è che una di queste, ancora di più sembrano allontanare la possibilità di un linguaggio comune e del confronto.

Ma forse tutto questo è solo apparenza. Forse è necessario confrontarsi su problemi reali e trovare un linguaggio "terzo", e quindi non connotato, per parlare assieme.

Il confronto non vuole però dire appiattimento di un paradigma all'altro quanto piuttosto investigazione di aree comuni e rispetto interessato alle differenze. Credo per esempio che abbiamo molto da imparare dagli psicoanalisti per quanto riguarda la relazione terapeutica così come loro hanno da imparare su aree quali le influenze familiari sugli individui, le alleanze, i miti, la trigenitorialità...

Forse proprio una messa in discussione dall'esterno, dalle compagnie assicurative negli Stati Uniti o dalla psichiatria tradizionale, spingerà a ricercare i tratti "terapeutici" comuni ai diversi modelli, con grande vantaggio per la crescita della psicologia, della comprensione del comportamento umano e della capacità di "cura". Forse comunque è anche precoce ricercare un confronto tra modelli altro che come occasione di riflessione sulle diversità all'interno di ciascun paradigma. Mi è capitato più di una volta di partecipare a giornate di confronto tra modelli che si sono risolte con dei discorsi paralleli, sistemiche con sistemiche, psicoanalisti con psicoanalisti e così via.

### Conclusioni

Se diamo retta a Kuhn (1970), ogni rivoluzione scientifica è preceduta da un periodo di crisi in cui sembra che i modelli non siano più così efficaci come prima. Queste crisi vedono il proliferare di nuove proposte, l'espressione esplicita di insoddisfazione, l'analisi dei presupposti filosofici e la messa in dubbio dei principi esplicativi. Non possiamo che riconoscere i segnali della crisi e attendere curiosi il salto nel processo di conoscenza che ne potrà scaturire! Siamo in molti a pensare che molti misteri avvolgono ancora il processo terapeutico e che ancora non abbiamo trovato le parole e i concetti che appieno spieghino quello che avviene nella stanza di terapia. Solo l'unione di più menti, di più lenti di osservazione, di più paradigmi esplicativi permetteranno di affrontare questo argomento rispettandone la complessità, al fine di trovare non certo una teoria esplicativa definitiva quanto piuttosto più descrizioni e molte ipotesi da affiancare le une alle altre, nel pieno rispetto della poliedricità e polifonia delle possibili interpretazioni.

### NOTE

(1) Per epistemologia e paradigma epistemologico intendo, in senso batesoniano, la visione del mondo che ci permette di considerare cosa sappiamo e come sappiamo di sapere.

(2) Apposta scelgo di non citare le innumerevoli fonti riguardo alla terapia sistemica, questo mio excursus è frutto di molti anni di esperienza e di didattica e ogni riferimento bibliografico non potrebbe che essere parziale.

### BIBLIOGRAFIA

- Bateson G. (1972) *Verso un'ecologia della mente* trad it. Adelphi, Milano 1976.  
Bateson G. (1979) *Mente e natura* trad it. Adelphi, Milano 1984.  
Bertalanffy L. (von) (1968) *Teoria generale di sistemi* trad. it. ILI Milano, 1971  
Casonato M. (1992-93) *Psicologia dinamica* (3 voll.) Bollati Boringhieri, Torino.  
Fossi G. (1988) *Rapporti tra teoria e tecnica* The International Review of Psychoanalysis, 1988.  
Fossi G. (1988) *Psicoanalisi e psicoterapie dinamiche* Bollati Boringhieri, Torino.  
Gargani A. (1990) *Il testo complesso della natura* in Ceruti M., Preta L. (a cura di) *Che cos'è la conoscenza* Laterza, Bari.  
Glaserfeld E. (von) (1983) *On the Concept of Interpretation Poetics*, 12.



- Guidano V. (1988) *La complessità del sé* trad. it. Bollati Boringhieri, Torino.
- Kuhn T.S. (1970) *La struttura delle rivoluzioni scientifiche* trad. it., Einaudi, Torino, 1984.
- G. Lai G. (1988) *Disidentità* Feltrinelli, Milano.
- Mahoney M. (1988) *Personal Change Processes* Basic Books, New York.
- Telfener U. (1990) *Alcune riflessioni sul rapporto tra operatore e servizio psichiatrico* in Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale, vol. VIII, 1, 1990.